Een gesprek over alcohol

Een korte interventie op de spoeddienst

- Draaiboek -

VAD
VERENIGING VOOR
ALCOHOL- EN ANDERE
DRUGPROBLEMEN vzw

Colofon

Auteurs
David Möbius
Tom Defillet

Redactie
Jonathan Deleener
Kris Deruysscher
Fred Laudens
Frederic Loboz

Met dank aan







AZ Sint-Maarten, Campus Rooienberg
Dr. Karolina Kindt & Dhr. Bart Rens
Rooienberg 25 | 2570 Duffel

AZ Groeninge
Dr. Philip Struyve, Dr. Koen Titeca,
Dhr. Karel Decaluwé, Dhr. Geert Gunst
Mevr. Stephanie Bataillie
Loofstraat 43 | 8500 Kortrijk

ZNA Stuivenberg
Dr. Kurt Anseeuw
Dhr. Ludo Gijbels
Lange Beeldekensstraat 267
2060 Antwerpen

Vormgeving
Greet Van Holsbeeck

Contactgegevens
Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15
1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | www.vad.be | vad@vad.be

Verantwoordelijke uitgever
F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
depotnummer: D/2013/6030/13





Ida project & FEDITO Bruxelloise



Met de steun van het Fonds tot bestrijding van de verslavingen

Inhoudsopgave

1. Inleiding

Dit draaiboek is het resultaat van het project 'alcoholinterventie op spoeddiensten' (2011-2013), gefinancierd door het Fonds tot bestrijding van verslavingen en gecoördineerd door VAD en FEDITO Bruxelloise. Het project stelde zich tot doel om op basis van wetenschappelijke literatuur een interventie te ontwikkelen voor alcoholgebruik bij patiënten die zich aanmelden op de spoeddienst. Deze interventie bestaat uit een screening via een korte vragenlijst, een kort feedbackgesprek en een eventuele doorverwijzing naar de alcohol- en drughulpverlening. In de literatuur wordt deze vorm van interventies beschreven als SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment). Uit de internationale literatuur weten we dat deze vorm van interventies effectief zijn binnen spoeddiensten. De bedoeling van het project was het uittesten van de werkbaarheid en accepteerbaarheid van de SBIRT in de context van Belgische spoeddiensten. Het project werd geëvalueerd aan de hand van een analyse van de ingevulde screeningsvragenlijsten, een bevraging van het patiëntenperspectief en een voor- en nameting bij de personeelsleden van de deelnemende spoeddiensten, aangevuld met diepte-interviews afgenomen bij de hoofdverpleegkundigen. De resultaten van onze evaluatie en de gebruikte evidentie kan u terugvinden in het wetenschappelijk achtergronddossier.

1.1. Waarom interveniëren op spoeddiensten?

Prevalentiestudies tonen aan dat veel patiënten (10% - 18%) die terecht komen op spoedgevallendiensten onder invloed van alcohol zijn of in hun dagdagelijkse leven negatieve gevolgen ondervinden van hun alcoholgebruik.[1] Uit onderzoek van Calle et al (2006), waarbij op de spoeddienst van de UGent alle patiënten gedurende één maand gescreend werden naar het gebruik van alcohol- en ander druggebruik, blijkt dat 11% van de spoedopnames gerelateerd was aan middelenmisbruik. Exacte prevalentiecijfers over de globale situatie op Belgische spoeddiensten ontbreken echter.

Interventies uitgevoerd op spoeddiensten die een duidelijke link leggen tussen het drinkgedrag van de patiënt en de reden van zijn of haar spoedopname, kunnen succesvol zijn in het verminderen van de alcoholconsumptie en toekomstige alcoholgerelateerde problemen.[2] De meest effectieve manier om dit te bereiken is via de implementatie van een screeningsprocedure, kortdurende interventie en eventuele doorverwijzing naar de gespecialiseerde hulpverlening.[3]

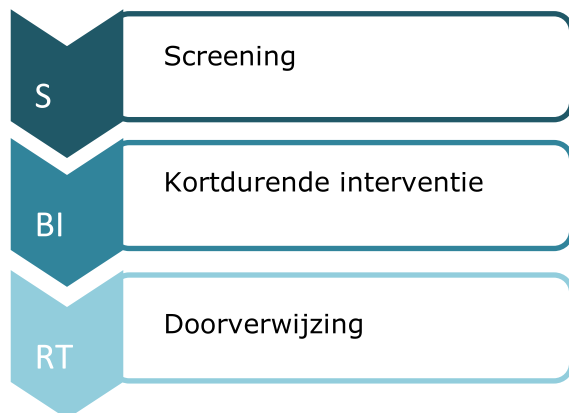
[1] Borges et al., 1998; Cherpitel, 1993; WHO, 2007
[2] Cunningham et al., 2007; Conigrave et al., 1991
[3] WHO, 2007

1.2. SBIRT

SBIRT is het acroniem voor screening (S), brief intervention (BI), and referral to treatment (RT). De bedoeling van SBIRT is om schadelijke alcoholgebruik en hieraan gerelateerde verwondingen, ziekten en sterfgevallen te verminderen door:

(1) een vroege opsporing van mogelijk problematisch drinken (screening);
(2) het uitvoeren van een kortdurende interventie op maat van de patiënt;
(3) eventuele doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverleningsinstanties.[4]

Grootschalige meta-analyses, quasi-experimenteel onderzoek en cohortstudies tonen allen aan dat het SBIRT-proces effectief kan zijn in het verminderen van toekomstige alcoholgerelateerde kwetsuren, de hoeveelheid en frequentie van alcoholconsumptie en het aantal opnames op spoeddiensten.[5] Een goed geïmplementeerde SBIRT-procedure gericht op alcoholproblemen op spoeddiensten is daarenboven kosteneffectief. Zo blijkt uit Amerikaans onderzoek dat voor iedere dollar die in de implementatie van SBIRT op spoeddiensten werd geïnvesteerd, 3,18 dollar werd bespaard op directe medische kosten.[6] Crawford en collega's (2004) vonden dat voor elke twee patiënten die akkoord gaan om een KI te krijgen, er in de twee volgende jaren één heropname minder zal zijn. Dit rechtvaardigt meteen ook de tijd die er initieel aan een kort advies wordt gespendeerd.



1.2.1. Screening

Alcoholscreening legt bloot of het drinkgedrag van een patiënt al dan niet riskant is en een kortdurende interventie noodzakelijk maakt. Daarenboven kan screening duidelijk maken of er indicaties voor riskant gedrag en/of een stoornis zijn. Op basis hiervan, en de beschikbare tijd, kan de interventie afgestemd worden op maat van de cliënt.

[4] Désy et al., 2009
[5] Smith et al., 2003; Dinh-Zarr et al., 2005; Moyer et al., 2002; D'Onofrio & Degutis, 2002; Miller & Wilbourne, 2002; Saitz et al., 2006; Désy et al., 2009; Love et al., 2008; Crawford et al., 2004; Bernstein et al., 2009, Kaner et al., 2013.
[6] Gentilello et al., 2005.

1.2.2. Kortdurende interventie

Kortdurende interventies (KI’s) bestaan in het algemeen uit één of enkele interventies van 5 tot 30 minuten gegeven door een arts, verpleger, psycholoog of sociaal werker. KI’s kunnen gebaseerd zijn op verschillende therapeutische technieken. Doorgaans wordt gebruik gemaakt van een combinatie van een kort advies, op motiverende gespreksvoering geënte gesprekstechnieken en overige beknopte procedures, zoals het geven van feedback over de fysieke conditie van de patiënt. De centrale gedachtegang achter de implementatie van KI’s op spoeddiensten is dat de opname op een spoeddienst voor een patiënt een aanzet kan zijn om tot gedragsverandering te komen (leermoment).[7]

1.2.3. Doorverwijzing

Heeft een kortdurende interventie niet de gewenste effecten of is intensere diagnostiek nodig, dan kan een doorverwijzing naar de gespecialiseerde hulpverlening aangewezen zijn. Is er sprake van afhankelijkheid, psychiatrische comorbiditeit, complexe problematiek of risico's voor complicaties bij ontwenning, dan is een doorverwijzing sowieso noodzakelijk. Doorverwijzing kan zowel naar de alcohol- en drugspecifieke als naar niet alcohol- en drugspecifieke hulpverlening en ondersteuning.

Meer info over de verschillende stappen van een SBIRT en het hoe en waarom deze te implementeren op spoeddiensten kan gelezen worden in het wetenschappelijk achtergronddossier bij dit draaiboek.

[7] Moyer et al., 2002, Kaner et al., 2009, McQueen et al., 2011

2. Aandachtspunten bij de implementatie

2.1. Wie voert de interventie uit?

De interventie (d.i. het geheel van screening, kortdurende interventie en eventuele doorverwijzing) kan in principe door iedere spoedarts of verpleegkundige worden uitgevoerd. De keuze is afhankelijk van een aantal factoren:

- **Beschikbare tijd**. In de hectische omgeving van spoeddiensten kan dit wel eens de belangrijkste factor zijn. Het hoeft echter niet noodzakelijk dezelfde persoon te zijn die zowel de screening als de KI zal uitvoeren. Door een verdeling van de taken onder verschillende personen kan de werklast en tijdsinvestering verdeeld worden. Bovendien kunnen de interventies tegelijkertijd met andere medische handelingen worden uitgevoerd worden.
- **Kennis en ervaring** zijn belangrijk, maar zeker niet doorslaggevend. Onderzoek wijst uit dat de meeste leden van de medische staf in staat zijn om de interventies uit te voeren, na het volgen van een korte training. Een achtergrond in de alcoholhulpverlening is niet nodig.
- **Interpersoonlijke vaardigheden** zijn van groot belang. Screening en KI houden immers in dat er met patiënten gesproken moet worden over hun drinkgedrag en de gezondheidsrisico's die hiermee verbonden zijn. Een niet-beoordelende, open en vertrouwenscheppende benadering is hierbij essentieel om patiënten op hun gemak te stellen en open te laten praten over hun leven.
- **Bereidheid** om iets nieuws te proberen, alcoholgebruik te bespreken en er tijd in te investeren is ook een belangrijke factor in de keuze van de juiste perso(o)n(en). Personeelsleden die zich hiervoor vrijwillig opgeven doen het over het algemeen beter en houden het langer vol dan mensen die ervoor aangeduid werden.

2.2. Screening

2.2.1. Wie wordt gescreend?

Alle patiënten die zich op de spoeddienst aanmelden kunnen in principe gescreend worden, met uitzondering van:

- Patiënten met acuut levensbedreigende aandoeningen.
- Patiënten die agressief of niet aanspreekbaar zijn (al dan niet omwille van de intoxicatie).
- Minderjarige patiënten. Indien zij zich aanmelden op de spoeddienst terwijl ze onder invloed van alcohol zijn, is dit steeds een indicatie om door te verwijzen.

De screening dient pas aangevat te worden wanneer de verdoving van de patiënt is uitgewerkt, wanneer er geen zware pijnstillers meer nodig zijn, en wanneer de meest acute medische problemen zijn gestabiliseerd. Een goede test om na te gaan of het goede moment is aangebroken, is checken of de patiënt in staat is om op een rustige manier een conversatie te voeren.[8]

In principe kan iedereen die zich op de spoeddienst aanmeldt en niet aan bovenstaande uitsluitingscriteria voldoet dus gescreend worden. Omwille van praktische redenen is een dergelijke universele screening op spoeddiensten echter niet steeds haalbaar. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is dat hoe selectiever er gescreend wordt, hoe meer riskant gebruik gemist wordt en hoe meer stoornissen er gevonden worden. Kortdurende interventies zijn effectief bij riskant gedrag, voor stoornissen is er minder evidentie voor de werkzaamheid. Mensen met een mogelijke stoornis worden dan ook best doorverwezen voor een verder assessment en diagnosestelling.

Bijkomende onderstaande criteria kunnen gehanteerd worden om de te screenen populatie af te bakenen:

- aanmeldingsklacht
- klinische tekenen van alcoholgebruik
- en Bloed Alcohol Concentratie (BAC)

Val	Incl. struikelen
Instorten	Stuip/toeval, collaps, black-out
Hoofdletsel	Incl. letsel in het aangezicht
Geweldpleging	Incl. huiselijk en ander geweld
Gastro-intestinaal	Niet gespecificeerd
Cardiaal probleem	Incl. hartkloppingen en pijn in de borststreek
Psychiatrisch probleem	Incl. depressie, overdosis en verwardheid
Onwel voelen	Onpasselijkheid in het algemeen
Ongeval	Verkeers- of arbeidsongeval of ongeval in huiselijke sfeer
Frequente bezoeker	Herhaaldelijke aanmeldingen op de spoeddienst

Figuur 1: aanmeldingsklachten

Bij bovenstaande aanmeldingen is het aangewezen om gaan te screenen.

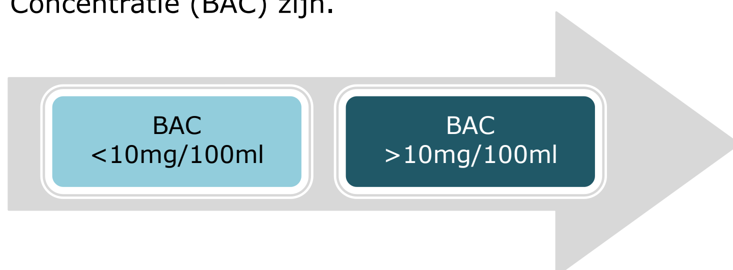
[8] Higgins-Biddle et al., 2009

Ook volgende klinische tekenen van alcoholgebruik kunnen een aanwijzing zijn om te screenen. Zie figuur 2 voor klinische tekenen van alcoholgebruik.

Geur	Alcoholgeur
Spraak	Variërend in volume en snelheid Brabbelend en warrig
Affect	Variëren inschattingsvermogen Ongepast gedrag, verminderde medewerking Euforie/depressie, emotioneel
Gezicht	Zweten/blozen Wonde
Bewegingen	Fijne of grove motoriek verstoord, gebrek aan coördinatie
Luchtwegen	Snurken met verspering Inademen braaksel
Ademen	Traag/oppervlakkig Hypoxie me CO^2 retentie
Circulatie	Tachycardie, onregelmatig Hypotensie Vaatverwijding met warmteverlies Ineenzakken Urineretentie of incontinentie Dehydratatie
Lichamelijke ongeschiktheid	Variabele alertheid, verwarring, hallucinaties, slaperigheid

Figuur 2: klinische tekenen van alcoholgebruik

Een derde bijkomend criterium voor het aanvatten van de screening kan de Bloed Alcohol Concentratie (BAC) zijn.



Figuur 3: alcoholinterventie op basis van BAC-waarde

Bij een BAC van groter dan 10mg/100ml is het aangewezen om te screenen.

2.2.2. Welke screeningsmethode gebruiken?

De laatste jaren werd er een brede waaier aan screeningsmethoden voor riskant of problematisch alcoholgebruik ontwikkeld, waaronder zowel interviews als vragenlijsten. De meeste van deze instrumenten behalen in vergelijkende onderzoeken een acceptabel – en in sommige gevallen zelfs een opmerkelijk hoog – niveau van sensitiviteit en specificiteit ten opzichte van meer complexe onderzoeksmethoden naar overmatig drinken en alcoholgerelateerde stoornissen.[9] Ook sommige biologische parameters (BAC, GGT, MCV, CDT, HDL cholesterol) zijn in die mate gevoelig voor alcoholmisbruik dat het zinvol kan zijn deze te onderzoeken om overmatig alcoholgebruik te bevestigen, leverbeschadiging vast te stellen en ook om het succes van de behandeling te evalueren. Hoewel deze niet aanbevolen worden voor screening op spoeddiensten kunnen biologische markers wel aangewend worden als aanvulling op vragenlijsten. Het gebruik van vragenlijsten is immers meer valide en kosteneffectief dan het gebruik van biologische markers.[10]

Om het geschikte instrument te kiezen is het niet enkel belangrijk om naar de zuivere testresultaten zoals de sensitiviteit en specificiteit van de instrumenten te kijken. Zeker zo belangrijk is het om andere belemmerende en bevorderende factoren (zoals het gebruiksgemak of aanvaardbaarheid van de instrumenten in de specifieke context van de spoeddienst) mee te laten wegen.[11]

In dit draaiboek worden 2 verschillende trajecten aangeboden waaruit de spoeddienst kan kiezen. Afhankelijk van de haalbaarheid binnen de context van de spoeddienst, kan er gekozen worden voor een screening met korte feedback en een informatiefolder of een uitgebreide interventie. Beide interventies worden in dit draaiboek toegelicht.

[9] Coulton et al., 2009
[10] Aertgeerts et al., 2001; Babor & Kadden, 2005; Coulton et al., 2009
[11] Cunningham et al., 2009

Praktische aandachtspunten bij de implementatie:

Alvorens de interventie te implementeren dient er stilgestaan te worden bij volgende vragen:

- Waar en wanneer wordt de interventie uitgevoerd (verpleegkundige anamnese, triage, …)?
- Worden de interventie en het resultaat opgenomen in het patiëntendossier?
- Wie zal de screening doen?
- Wie zal de kortdurende interventie doen?
- Wie zal het verder assessment van de alcoholproblematiek doen?
- Hoe snel kan het assessment plaatsvinden? Kan het ziekenhuis dit zelf doen (EPSI, PAAZ, verslavingsarts,…) of dient dit te gebeuren door een externe dienst?
- Zijn er al afspraken met externe diensten over doorverwijzingen? Zo niet, wie legt de contacten met deze diensten? Voor het maken van afspraken over mogelijke doorverwijzingen kunnen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) betrokken worden.
- Op welke manier wordt de huisarts betrokken?
- Wat te doen met minderjarigen? (in bepaalde regio's zijn er vroeginterventieprojecten waar eventueel naar doorverwezen kan worden). Worden de ouders al dan niet automatisch verwittigd en betrokken?
- Binnen welke termijn kunnen patiënten terecht in een dienst waar naar doorverwezen wordt?

De regionale preventiewerkers TAD verbonden aan het regionale CGG kunnen helpen bij het implementeren van de alcoholinterventie. Aarzel dan ook niet om contact met hen op te nemen wanneer u aan de slag wil gaan met deze interventie.

3. Stappenplan bij de screening met korte feedback en folder

Er bestaat heel wat literatuur die suggereert dat een interventie niet uitgebreid hoeft te zijn. Enkel vragen naar de hoeveelheid alcohol die gedronken werd, kan al nuttig zijn in het detecteren van risicovol drinken of alcoholgerelateerde stoornissen. Een mogelijkheid om dit op spoeddiensten na te gaan is het stellen van 1 enkele vraag over de frequentie van drinken. Van patiënten die positief screenen (bij een gevoelig afkappunt) op deze vraag kan nadien een uitgebreidere screening plaatsvinden.[12]

Spoeddiensten kunnen ervoor kiezen om een kort en eenvoudig screeningsinstrument te koppelen aan een korte feedback *(bijlage 1: Screeningsformulier + bijlage 2: Protocol screening met korte feedback en folder)*. Dit alternatief is volledig in overeenstemming met de resultaten van de SIPS-studie[13]. Hierin werd geconcludeerd dat het aandeel van riskante drinkers na een korte screening (via de Modified Single Alcohol Screening Question - M-SASQ) en een zeer korte interventie evenveel afnam als na het geven van een kort advies of het uitvoeren van uitgebreidere leefstijltraining. Eventueel kan via een alcohol-liaisonteam uitgebreidere screening of opvolging aangeboden worden.

STAP 1 – De vragen

Kader de eigenlijke screeningsvraag door te patiënt te vragen of hij/zij soms alcohol drinkt.

"Drinkt u soms alcohol?"

Is het antwoord op deze vraag **neen**, dan hoeft u niet verder te gaan met de screening.

Is het antwoord op deze vraag **ja,** stel de patiënt dan de bingedrinkingvraag. Deze vraag is verschillend naargelang het geslacht van de patiënt.

Vrouwen: ***"Hoe vaak gebeurt het dat je vijf of meer standaardglazen* drinkt bij één enkele gelegenheid?***

Mannen: ***"Hoe vaak gebeurt het dat je zeven of meer standaardglazen* drinkt bij één enkele gelegenheid?"***

"Een standaardglas kan een gewoon glas bier of wijn zijn."

De antwoordmogelijkheden zijn: 'nooit', 'minder dan maandelijks', 'maandelijks', 'wekelijks' of 'dagelijks of bijna dagelijks'

[12] Canagasaby & Vinson, 2005
[13] Drumond & Deluca, 2012

Soort drank							
	Pint bier	Blik bier	Zwaar bier	Glas wijn	Fles wijn	Aperitief (Porto, Sherry)	Glas sterke-drank
Centiliter	25 cl	33 cl	33 cl	10 cl	75 cl	5 cl	3,5 cl
Standaard-glazen	1	1,5	1,7 tot 2,5	1	7,5	1	1

Belangrijk bij deze vraag is dat het hier over standaardglazen gaat. Een standaardglas bevat steeds ongeveer evenveel pure alcohol, namelijk 10 gram alcohol. Patiënten zijn echter niet vertrouwd met het begrip standaardglas. Vandaar dat er voor de meest courante alcoholhoudende dranken een overzicht werd toegevoegd met het aantal standaardeenheden per hoeveelheid. Het gaat hier om de standaardglazen zoals gebruikt worden in de horeca. Hou er rekening mee dat de maten die thuis gehanteerd worden vaak hoger liggen. Laat de patiënt steeds de antwoordkaart zien.

STAP 2 – De interpretatie van de antwoorden

Wanneer de patiënt 'nooit' of 'minder dan maandelijks' antwoordt scoort hij/zij **negatief**.

Wanneer de patiënt 'maandelijks', 'wekelijks' of 'dagelijks of bijna dagelijks' antwoordt scoort hij/zij **positief** en wordt de informatiefolder 'Alcohol. Hoeveel is teveel?' *(zie bijlage: 3)* meegegeven. Dit kan als volgt aangebracht worden:

"Je antwoord op de vraag rond je alcoholgebruik wijst uit dat je misschien boven de veilige grenzen voor verantwoord alcoholgebruik drinkt. Mag ik je een folder meegeven? In deze folder kan je meer informatie vinden over alcohol en kan je een zelftest invullen om te kijken of je gebruik nog OK is."

4. Stappenplan bij de uitgebreidere interventie

4.1 Screening

De screeningsvragenlijst voor deze interventie bestaat uit een aangepaste versie van de Paddington Alcohol Test (PAT).

De eerste drie vragen zijn deze uit de AUDIT-C. Dit is een verkorte vragenlijst die gebaseerd is op de volledige AUDIT. De AUDIT bestaat uit tien vragen en werd door de Wereldgezondheidsorganisatie ontwikkeld en gevalideerd. Zowel de AUDIT als de AUDIT-C werden getest in spoeddiensten. De AUDIT-C wordt als één van de beste korte instrumenten beschreven. Een nadeel van de AUDIT-C is echter dat vals positieven niet uitgesloten kunnen worden.

De Paddington Alcohol Test (PAT) werd ontwikkeld in 1996 en is pragmatisch gegroeid tot een instrument bruikbaar voor het personeel van spoedafdelingen om patiënten te screenen op hun alcoholgebruik.[14] De PAT is een hulpmiddel om de link te leggen tussen de reden van aanmelding op spoed en alcoholmisbruik. Eerder onderzoek toont aan dat het maken van deze link ervoor zorgt dat minder patiënten zich later opnieuw moeten aanmelden op de spoed[15]. Nadeel voor gebruik van de PAT is dat deze speciaal ontwikkeld werd voor gebruik in de UK. Consumptiehoeveelheden zijn bijvoorbeeld uitgedrukt in 'cans' of 'pints' wat het scoren moeilijk maakt in Belgische context. Daarom werd de PAT licht aangepast om gebruik in de Belgische context mogelijk te maken *(bijlage 4: Modified Paddington Alcohol Test (M-PAT)).*

[14] Smith et al., 1996
[15] Touquet & Brown, 2009

De screening bestaat uit 5 stappen:

STAP 1

In eerste instantie **normaliseren** we de screening. Dit verlaagt de weerstand bij patiënten. We geven duidelijk aan waarom we de screening willen doen.

"Patiënten die zich op de spoeddienst aanmelden met … (vul de aandoening in)… vragen we steeds om enkele vragen te beantwoorden over hun alcoholgebruik. Is dit goed voor u?"

U kan hier ook aangeven dat de gegevens van de screening onder het medisch beroepsgeheim vallen. Indien de patiënt weigert stopt hier de interventie.

STAP 2

Een **frequentievraag**:

Het antwoord op deze vraag gaat om een gemiddeld gebruik over minimaal 1 maand. U kan best het laatste half jaar als referentieperiode hanteren.

"Hoe vaak drink je alcohol?"

Wanneer de patiënt aangeeft nooit alcohol te drinken mag de screening hier stopgezet worden. Bekrachtig de abstinentie en vraag of de patiënt nog ergens meer toelichting wil over hebben.

STAP 3

De vraag naar **hoeveelheid**:

" Wanneer je drinkt, hoeveel glazen drink je dan gewoonlijk op een dag?

(Geef de patiënt de antwoordkaart – zie bijlage)

Belangrijk bij deze vraag is dat het hier over standaardglazen gaat. Een standaardglas bevat steeds ongeveer evenveel pure alcohol, namelijk 10 gram alcohol. Patiënten zijn echter niet vertrouwd met het begrip standaardglas. Vandaar dat er voor de meest courante alcoholhoudende dranken een overzicht werd toegevoegd met het aantal standaardeenheden per hoeveelheid. Het gaat hier om de standaardglazen zoals gebruikt

worden in de horeca. Hou er rekening mee dat de maten die thuis gehanteerd worden vaak hoger liggen. Laat de patiënt steeds de antwoordkaart zien.

Figuur 6: standaardeenheden

Soort drank							
	Pint bier	Blik bier	Zwaar bier	Glas wijn	Fles wijn	Aperitief (Porto, Sherry)	Glas sterke-drank
Centiliter	25 cl	33 cl	33 cl	10 cl	75 cl	5 cl	3,5 cl
Standaard-glazen	1	1,5	1,7 tot 2,5	1	7,5	1	1

STAP 4

De vraag naar ***'bingedrinking'****:*

Geregeld bingedrinken verhoogt het risico op negatieve gevolgen als gevolg van het drinken en een heropname op de spoeddienst.

Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer glazen alcohol op één enkele gelegenheid drinkt?

STAP 5

Maak de **link** met de spoedopname:

"Heeft u het gevoel dat uw opname op de spoeddienst iets te maken heeft met alcohol?

Screeningsresultaat

Na het volgen van de vijf stappen vraagt u de patiënt of deze geïnteresseerd is in de uitslag van de screening.

"Is het goed voor u dat we de resultaten even bespreken?" of "Is het goed dat ik even de tijd neem om het resultaat met u te bespreken?"

Patiënten die aangeven dat ze geen interesse hebben in de uitslag of die deze niet willen bespreken krijgen een alcoholfolder mee en worden bedankt voor de medewerking.

Met patiënten die aangeven de uitslag wel te willen bespreken, kan overgegaan worden tot een kortdurende interventie (zie punt 4.2.). Het precieze verloop van die interventie hangt af van hun score op de screening *(zie ook bijlage 5**:** Advieskaart en schema bij de uitgebreidere interventie)*.

Hoe de score interpreteren?

Er bestaat geen veilige ondergrens voor het gebruik van alcohol. Het risico voor schadelijk gebruik van alcohol varieert van persoon tot persoon. Ondermeer de leeftijd, het geslacht en biologische factoren spelen een rol. Daarenboven spelen de hoeveelheid en de omstandigheden waarin gebruikt wordt een rol. Zelfs een lage dosis alcohol kan resulteren in gezondheidsschade, bijvoorbeeld bij het besturen van voertuigen of het gebruik van bepaalde medicatie. Vrouwen die zwanger zijn of willen worden drinken beter helemaal geen alcohol. Score op de AUDIT-C (eerste drie vragen)?

Aan elk van de drie vragen werd per antwoordcategorie een score toegekend. U telt de scores van de drie vragen bij elkaar op. Een voorbeeld:

1. *Hoe vaak drink je alcohol?*

   Antwoord: 3 keer in de week = score 3

2. *Wanneer je drinkt, hoeveel glazen drink je dan gewoonlijk op een dag?*

   Antwoord: 4 glazen = score 1

3. *Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer glazen drinkt bij één enkele gelegenheid?*

   Antwoord: maandelijks = score 2

⇨ *Totaalscore = 6*

Bij het interpreteren van de totaalscore dient u rekening te houden met het geslacht en de leeftijd van de patiënt.

We maken een onderscheid in volgende groepen *(zie ook bijlage 5*: *Advieskaart en schema bij de uitgebreidere interventie)*:

Figuur 7: interpretatie van de AUDIT-C score

Mannen 18 tot 65 jaar



Ouderen (65+) en vrouwen vanaf 18 jaar



Jongeren 16-18 jaar



4.2 Kortdurende interventie

4.2.1 Basiselementen van de kortdurende interventie

Onmiddellijk na het afnemen van de screening, kan overgegaan worden op de kortdurende interventie. Deze pikt in op de resultaten van de screening en wordt best uitgevoerd door stafleden die een training volgden of zich voldoende competent voelen.

De manier waarop de interventie gebeurt zal beïnvloeden hoe de patiënt erop reageert. Onderzoek naar de effectiviteit van kortdurende interventies voor middelengebruik heeft uitgewezen dat ze een aantal consistente elementen bevatten die bijdragen tot deze effectiviteit. Deze elementen worden samengevat met het acroniem FRAMES:

- **F**eedback (feedback)
- **R**esponsibility (verantwoordelijkheid)
- **A**dvice (advies)
- **M**enu of options (keuzemogelijkheden)
- **E**mpathy (empathie)
- **S**elf efficacy (persoonlijke effectiviteit)

Een aantal van deze kenmerken (empathie, persoonlijke effectiviteit, verantwoordelijkheid en keuzemenu) zijn ook verbonden met de basisprincipes van motiverende gespreksvoering, een gespreksstijl ontwikkeld voor het bevorderen van de interne motivatie voor gedragsverandering.
Het is niet belangrijk dat de elementen in bovenstaande volgorde aan bod komen. Het gaat om een 'grondhouding' waarmee we de patiënt benaderen.

FRAMES

Feedback
Het geven van persoonlijke feedback is een sleutelelement van kortdurende interventies.
Feedback kan aan de hand van het instrument gepersonaliseerd worden gegeven. Men geeft informatie over het individuele alcoholgebruik, informatie over persoonlijke risico's verbonden aan het huidige gebruikspatroon, en algemene informatie over de risico's en gevaren als gevolg van alcoholgebruik. Indien de huidige klacht van de patiënt te maken heeft met het drinken, is het belangrijk om de patiënt te informeren over dit verband als deel van de feedback. Feedback kan ook een vergelijking inhouden tussen de gebruikspatronen en -problemen van de patiënt en gebruikspatronen en problemen die gemiddeld voorkomen bij personen van dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht. Op die manier kan de patiënt zijn beeld over 'de norm' bijstellen.
Bij het geven van informatie is het belangrijk de patiënt zelf conclusies te laten trekken.
"Herken je dit? Wat betekent dit voor jou? Wat vind je daarvan?"

Verantwoordelijkheid

Een belangrijk principe bij het benaderen van mensen die drinken is het erkennen dat ze verantwoordelijk zijn voor hun eigen gedrag en dat ze keuzes kunnen maken over hun gebruik. De boodschap '*Wat je met je gebruik van alcohol doet is jouw beslissing*' en '*Niemand kan je veranderen of voor jou beslissen*' laat de patiënt de persoonlijke controle over zijn gedrag en de gevolgen ervan behouden. Dit gevoel van controle is een belangrijk element gebleken bij de motivatie voor verandering en het afbouwen van weerstand.

Advies

Een ander sleutelelement van effectieve kortdurende interventies is het geven van duidelijk advies over de nadelen verbonden aan gebruik van alcohol. Patiënten zijn zich vaak niet bewust dat hun huidige patroon van gebruik zou kunnen leiden tot gezondheids- of andere problemen of dat het bestaande (gezondheids-)problemen zou kunnen verergeren. Duidelijk advies dat het verminderen of stopzetten van het gebruik hun risico's op toekomstige problemen zal verminderen, vergroot het bewustzijn over hun persoonlijke risico's en de motivatie om hun gedrag te veranderen.

Keuzemogelijkheden voor gedragsverandering

Effectieve kortdurende interventies bieden de patiënt een aantal alternatieve strategieën om het gebruik af te bouwen of te stoppen. Zo kan de patiënt de strategie uitkiezen die het meest geschikt is voor zijn situatie en die hij het nuttigst vindt. Het voorzien van keuzemogelijkheden versterkt het gevoel van persoonlijke controle en verantwoordelijkheid voor het veranderen en kan helpen de motivatie van de patiënt te vergroten.

Voorbeelden van opties waaruit patiënten kunnen kiezen zijn:

- een dagboek bijhouden over het drinkpatroon (waar, wanneer, hoeveel, met wie, waarom);
- grenzen betreffende het gebruik voor zichzelf opstellen;
- het geld opzij leggen dat ze normaal zouden uitgeven aan alcohol;
- risicosituaties leren herkennen en strategieën om ze te vermijden;
- andere activiteiten dan drinken zoeken zoals hobby's, sport, clubs, fitness enz.;
- mensen aanspreken die hen zouden kunnen steunen en helpen bij de veranderingen die ze willen maken;
- zelfhulpboekjes, online zelfhulp of zelfhulpgroepen;
- verdere gesprekken over alcohol;
- gespecialiseerde alcoholhulpverlening.

Empathie

Een warme, empathische en begrijpende benadering door de persoon die de interventie doet, is zeer belangrijk. Uit onderzoek blijkt dat een warme en empathische aanpak een belangrijke factor is voor de reactie van de patiënt op de interventie en dat dit leidt tot verminderd alcoholgebruik.

Persoonlijke effectiviteit (vertrouwen)
Het laatste element van de kortdurende interventie bestaat erin het vertrouwen van de patiënt te versterken dat hij in staat is om te veranderen. Personen die geloven dat ze kunnen veranderen zullen daartoe veel meer in staat zijn dan diegenen die zich te machteloos of hulpeloos voelen om iets te ondernemen. Het is vooral nuttig om persoonlijke 'verandertaal' van patiënten uit te lokken, aangezien ze veel meer geneigd zijn te geloven wat ze zichzelf horen zeggen.

4.2.2 Wat te doen bij welke scores?

Op basis van de AUDIT-C score wordt de vervolginterventie bepaald *(zie ook bijlage 5**:** Advieskaart en schema bij de uitgebreidere interventie)*.

1. Bij een **lage score op de AUDIT-C** blijft de interventie beperkt tot een minimum. Samen met de patiënt worden de richtlijnen voor aanvaardbaar gebruik overlopen en er wordt de informatiefolder 'Alcohol. Hoeveel is teveel?' *(zie bijlage: 3)* meegegeven.
2. Bij een **matige score op de AUDIT-C** is er (nog) geen indicatie voor een alcoholstoornis, maar is er wel sprake van een matig risico op gezondheidsproblemen als gevolg van de alcoholconsumptie. Deze groep krijgt een kort motiverend feedbackgesprek op basis van FRAMES en de informatiefolder.
3. De groep met een **hoge AUDIT-C score** vertoont duidelijke indicaties op een alcoholstoornis. Een kort motiverend gesprek op basis van FRAMES gevolgd door een doorverwijzing voor verder assessment is noodzakelijk. Er wordt ook steeds een informatiefolder meegegeven.

4.2.2.1 Feedback en informatie bij lage risicoscores

Wanneer u een patiëntenpopulatie screent, zullen de meeste patiënten scores in het laagrisicobereik hebben. Deze personen hebben geen interventie nodig om hun alcoholgebruik te veranderen. Zij krijgen wel feedback over hun resultaten en informatie, dit duurt minder dan 2 minuten.

Het geven van algemene informatie over alcohol aan laagrisicogebruikers is zinvol om verschillende redenen:

- Het verhoogt het kennisniveau over de risico's van alcohol.
- Het moedigt laagrisicogebruikers aan hun huidig drinkpatroon te behouden.
- Het kan patiënten met een verleden van riskant gebruik wijzen op de risico's verbonden aan terugval.
- Patiënten kunnen informatie doorgeven aan vrienden of familieleden die wel alcohol misbruiken. Dit kan hen aanzetten om hierover een gesprek met hun huisarts aan te gaan.

Hoe kan het gesprek verlopen?

Geef feedback over de scores en risiconiveau. Bijvoorbeeld:

> *"Deze kaart toont u hoe groot de risico's zijn bij het gebruik van alcohol. Zoals u kan zien zit u met uw gebruik in de laagrisicogroep. Dit betekent dat u waarschijnlijk geen problemen met uw gezondheid zal ondervinden als u niet meer gaat drinken. Het spreekt voor zich dat er bepaalde situaties zijn waarbij u best in het geheel niet drinkt. Ik zal u niet moeten vertellen dat u in het verkeer best niet drinkt. Ook als u medicatie moet nemen, drinkt u best niet."*

Bij vrouwen die zwanger zijn of willen worden, en bij vrouwen die borstvoeding geven, geeft u ook best het advies geen alcohol te drinken.
Afhankelijk van de aandoening en de behandeling kan het eveneens aangewezen zijn dat de patiënt niet drinkt, ook dit advies geeft u hier mee.

- Benadruk dat wat hij doet zijn verantwoordelijkheid is en moedig hem aan om niet méér gaan te drinken.
- Vraag of hij verdere informatie wenst over alcohol voor zichzelf of voor anderen in zijn omgeving. Geef de patiënt de informatiefolder mee naar huis.

4.2.2.2 *Kortdurende interventie bij matige risicoscore*

Personen met een score binnen het matigrisicobereik, krijgen een kortdurende interventie. Er kan gekozen worden tussen een minimale en maximale kortdurende interventie. Afhankelijk hiervan duurt de kortdurende interventie tussen drie en tien minuten. Deze aanpak werd ontwikkeld voor gezondheidswerkers zonder specifieke training in motiverende gespreksvoering of kennis van de specifieke behandeling van alcoholgebruik.

De kortdurende interventie bestaat uit vijf of negen stappen. Afhankelijk van de beschikbare tijd voert u minimaal 5 van de stappen uit of allemaal. De eerste vijf stappen nemen meestal minder dan vijf minuten in beslag, als u alle stappen zet duurt de interventie ongeveer een kwartier. In deze stappen herkent u FRAMES.

a. Vraag de patiënt of hij/zij geïnteresseerd is in de resultaten van de vragenlijst
b. Geef met behulp van de feedbackkaart gepersonaliseerde feedback
c. Geef advies over het terugdringen van de risico's van alcoholgebruik
d. Laat de verantwoordelijkheid van de gemaakte keuzes bij de patiënt
e. Vraag de patiënt hoe bezorgd hij is over de score

f. Laat de voordelen en nadelen van gebruik tegen elkaar afwegen
g. Reflecteer en vat samen wat de patiënt heeft gezegd, met de nadruk op de nadelen van het gebruik
h. Vraag de patiënt hoe bezorgd hij is over de nadelen
i. Geef de patiënt een informatiefolder mee

a. Vraag de patiënt of hij geïnteresseerd is in de resultaten van de vragenlijst

Een goede manier om de kortdurende interventie in te leiden is:

"Is het goed voor u dat we de resultaten even bespreken?" of "Is het goed dat ik even de tijd neem om het resultaat met u te bespreken?"

Deze vraag creëert een opening voor de kortdurende interventie. Door de vraag zo te stellen kan de patiënt kiezen wat er verder gebeurt en zal de weerstand afnemen. Een positief antwoord geeft u de toelating om de risico's van het alcoholgebruik te bespreken. Meestal zullen patiënten hierop in willen gaan. Indien patiënten niet wensen in te gaan op dit aanbod, respecteert u de keuze van de patiënt. U geeft de patiënt een infofolder mee en licht toe dat hij op deze plaatsen meer info kan terugvinden mocht hij hierin op een later tijdstip geïnteresseerd zijn.

b. Geef met behulp van de feedbackkaart gepersonaliseerde feedback

Met behulp van de feedbackkaart kan u objectieve en gepersonaliseerde feedback geven aan uw patiënt. De kaart wordt best zo gehouden dat de patiënt deze kan meelezen. U geeft in twee delen feedback. Eerst geeft u feedback over het gemiddeld weekgebruik. Daarna over het eraan verbonden risiconiveau.

U bespreekt eerst het weekgebruik (dit kan afgeleid worden uit de eerste twee vragen van de screening: de patiënt drinkt bijvoorbeeld 4 dagen per week, drie standaardglazen = 12 standaardglazen) en plaatst dit ten opzichte van het gebruik van de Belgische bevolking (zie omgekeerde piramide op de feedbackkaart). Daarna vertelt u de patiënt of hij een laag, matig of hoog risico loopt. Hierna licht u toe wat een matig of hoog risico betekent. Dit kunt u doen door de definities te overlopen onderaan de eerste pagina van de feedbackkaart. Een voorbeeld:

"U drinkt momenteel gemiddeld x glazen per week, hierdoor loopt u een verhoogd risico. Een verhoogd risico wil zeggen dat uw huidig gebruik van alcohol kan leiden tot gezondheids- en andere problemen. U kan hier zien tot welke risico's alcohol op termijn kan leiden."

Het tweede deel van de feedback bestaat uit het bespreken van de mogelijke risico's. Op de feedbackkaart staat een lijst van mogelijke gevolgen.

De feedback bestaat erin de lijst samen met de patiënt te overlopen en toelichting te geven indien nodig. Ook nu houdt u de feedbackkaart zo dat de patiënt mee kan volgen. Een voorbeeld van gepersonaliseerde feedback is:

"Uw risico op deze lijst met gevolgen is momenteel verhoogd door uw gebruik. Zoals u kan zien zijn de mogelijke risico's opgesomd van eerder kleine gevolgen tot grote gevolgen voor uw gezondheid."

c. Geef advies over het terugdringen van de risico's van alcoholgebruik

Advies geven aan patiënten over hun alcoholgebruik doen we door de link te leggen tussen het gebruik en de risico's hiervan. Patiënten zijn zich dikwijls niet bewust van de potentiële risico's die aan het gebruik verbonden zijn. In deze stap geven we hierover advies. Een voorbeeld:

"De beste manier om het risico op deze gevolgen te verlagen, is om minder te gaan drinken of helemaal niet meer te drinken."

Let ervoor op dat u niet veroordelend of subjectief te werk gaat in het geven van advies. U kunt beter **geen** advies geven in de zin van: "Je moet absoluut iets doen aan je drankgebruik" of "Ik ben bezorgd over jouw alcoholgebruik." Patiënten kunnen zich hierdoor beschaamd, veroordeeld, bekritiseerd of kwaad voelen waardoor ze in de weerstand gaan tegen verandering.

Op een objectieve manier advies geven zorgt ervoor dat de patiënt de juiste informatie krijgt om zelf een beslissing te nemen in een neutrale, ondersteunende omgeving.

d. Laat de verantwoordelijkheid van de gemaakte keuzes bij de patiënt.

Een belangrijke motiverende factor in een veranderingsproces is de persoonlijke keuzevrijheid. U benoemt dit best uitdrukkelijk tijdens de kortdurende interventie, hierdoor zal de weerstand afnemen. Het beste moment om het hierover te hebben is nadat u feedback en advies gegeven hebt. U kunt de eigen verantwoordelijk bijvoorbeeld als volgt benoemen:

"Wat u met deze informatie doet, is helemaal uw verantwoordelijkheid… Ik wil u enkel inlichten over de mogelijke gevolgen van uw drankgebruik."

Het bovenstaande voorbeeld moedigt de patiënt aan om de eigen verantwoordelijkheid op te nemen, en benadrukt nogmaals het verband tussen het gebruik en de mogelijke nadelige gevolgen.

e. Vraag de patiënt hoe bezorgd hij is over de score.

We doen dit door het stellen van een open vraag. Dit geeft de patiënt de mogelijkheid om na te denken over het gebruik en dit zelf onder woorden te brengen. Het stellen van open vragen in deze context werkt motiverend, het kan zijn dat de patiënt nog nooit zijn bezorgdheden over het gebruik heeft geuit. Het zelf onder woorden brengen van de bezorgdheid wordt in de literatuur beschreven als een zeer belangrijke factor om gedragsverandering op gang te brengen. Een voorbeeld:

"Hoe bezorgd bent u over uw alcoholgebruik?"

f. Laat de voordelen en nadelen van gebruik tegen elkaar afwegen.

Het laten afwegen van voor- en nadelen van gebruik is een standaardtechniek in motiverende gespreksvoering. Door de voor- en nadelen te benoemen, kan de patiënt discrepantie ontdekken tussen zijn gedrag en voor hem belangrijke waarden en doelen. Het kan de eerste maal zijn dat de patiënt deze afweging maakt. Dit is een belangrijke stap naar gedragsverandering. Het is belangrijk om zowel naar de positieve als naar de negatieve effecten van het gebruik te vragen. Door eerst naar de positieve effecten te vragen wordt de weerstand minder. De bevraging van de positieve kanten van het gebruik heeft ook het voordeel dat we de functie van het gebruik in kaart kunnen brengen. Dit is belangrijk bij het verminderen of stopzetten van het gebruik, gezien de patiënt hiervoor een alternatief zal moeten hebben. Bijvoorbeeld ontspannen door te gaan sporten in plaats van door het gebruik van alcohol. Ook hier gebruikt u best open vragen, een voorbeeld:

"Wat zijn de aangename kanten aan drinken?"

Nadat de patiënt de positieve kanten van het gebruik heeft toegelicht, vraagt u naar de minder positieve kanten van het gebruik. Bijvoorbeeld:

"Wat zijn de minder goede ervaringen die u heeft met alcohol?"

Indien de patiënt de minder goede ervaringen met zijn gebruik moeilijk onder woorden kan brengen, kunt u hem helpen door open vragen te stellen over volgende onderwerpen:

- gezondheid (fysische en psychische);
- sociaal (relatie met de partner, familie, vrienden, collega's van het werk);
- juridisch (ongevallen, contacten met politie, rechtbank, het rijden onder invloed);
- financieel (impact op het persoonlijk budget);
- werk of studie (problemen op het werk of met de studie);
- psychisch (depressieve gevoelens, verlaagd zelfwaardegevoel, schuldgevoelens ...).

g. Reflecteer en vat samen wat de patiënt heeft gezegd, met de nadruk op de nadelen van het gebruik.

Het reflecteren van wat de patiënt gezegd heeft over de voor- en nadelen van alcoholgebruik, doormiddel van een samenvatting, is een effectieve manier om de ervaringen van de patiënt te erkennen en gedragsverandering voor te bereiden. Wanneer de patiënt het gevoel heeft dat u geluisterd hebt, zal hij sneller de informatie en het advies overwegen. Door te reflecteren en samen te vatten, kan u de minder goede aspecten van het drinken op een niet-bedreigende manier benadrukken.

Een voorbeeld van het reflecteren van de voor- en nadelen voor de patiënt, met de nadruk op de nadelen:

"U drinkt graag alcohol omdat het u helpt om te ontspannen en de eerste glazen maken u spraakzamer en geven u wat meer zelfvertrouwen… U hebt het echter moeilijk om na enkele glazen te stoppen met drinken. U belandt dan in discussies en doet of zegt dingen die u zich de dag nadien beklaagt. Zo belandde u vorige maand ook op de spoeddienst, omdat u gewond raakte in een vechtpartij…"

h. Vraag de patiënt hoe bezorgd hij is over de nadelen.

Deze open vraag lijkt sterk op de vijfde stap over de bezorgdheid over de score. Deze vraag is weliswaar vergelijkbaar, maar heeft als doel de veranderingsbereidheid te verhogen. Een voorbeeld:

"Maakt u zich zorgen over de minder goede kanten van uw alcoholgebruik? Waar maakt u zich zorgen over?" "Wat wil u hieraan doen?"

i. Geef de patiënt een informatiefolder mee.

Geef de patiënt de informatiefolder mee. Naast een zelftest biedt deze folder informatie over hoeveel alcohol iemand mag drinken om negatieve gevolgen of risico's te voorkomen of verminderen. Leg de patiënt uit dat hij op de websites en het telefoonnummer vermeld in de folder steeds terecht kan voor meer informatie over alcohol en gratis zelfhulp.
De schriftelijke informatie kan de effecten van de kortdurende interventie bij de patiënt consolideren, en kan tegelijkertijd dienen als een secundaire interventie naar gebruikende vrienden of familieleden van de patiënt.
Het meegeven van de informatiefolder gaat best gepaard met een korte toelichting over de inhoud ervan. U brengt dit best zo neutraal mogelijk en laat de patiënt de keuzevrijheid over het al dan niet verder zetten van het gebruik. U kunt bijvoorbeeld dit zeggen:

"Wat u met uw alcoholgebruik doet, is uw eigen keuze. Mocht u echter beslissen om minder te gaan drinken of niet meer te drinken, dan kan u steeds bij uw huisarts terecht. Sommige mensen zijn ook geholpen met zelfhulp op het internet of hebben nood aan verdere ondersteuning. Hiervoor kunt u terecht bij De DrugLijn, de gegevens van De Druglijn kan u terugvinden op de achterzijde van de folder. Heeft u verder nog vragen voor mij?"

4.2.2.3 *Wat te doen met hoge risicoscores?*

Patiënten die in het hoogrisicobereik scoren, hebben een verdere assessment en eventuele verdere begeleiding nodig. De kortdurende interventie, zoals hierboven beschreven, kan ook bij deze patiënten gebruikt worden, maar dan met de bedoeling hen te motiveren om een doorverwijzing te aanvaarden. U kunt best eveneens de informatiefolder meegeven aan de patiënt. Het is ook aangewezen om de behandelend huisarts op de hoogte te brengen via elektronische weg en/of brief.

Doorverwijzingen voor verder assessment kunnen zowel binnen als buiten het eigen ziekenhuis gebeuren. Binnen het ziekenhuis kunnen best volgende diensten betrokken worden: de EPSI, PAAZ en (indien aanwezig) de verslavingsafdeling.
Buiten het ziekenhuis kunnen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), psychiatrische ziekenhuizen of andere diensten betrokken worden. Voor contactgegevens van de gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening kunt u terecht op de website van iDA: http://www.ida-nl.be/doorverwijsgids.aspx of bij De DrugLijn (078/15 10 20).

5. Training en materialen

5.1. Training

De preventiewerkers tabak, alcohol, drugs van het regionale CGG bieden coaching en vorming aan voor iedereen die deze alcoholinterventie wil implementeren. Aarzel dan ook niet hen te contacteren voor meer info over het implementeren van deze interventie. Een overzicht van het CGG preventiewerk per regio kan op de website van VAD geraadpleegd worden (onder de rubriek 'structurele partners').

5.2. Materialen

De informatiefolder 'Alcohol. Hoeveel is teveel?' kan gedownload en besteld worden via de VAD-website (onder de rubriek 'catalogus').

De overige materialen die in dit draaiboek worden aangehaald (flowcharts, ….) kunnen in bijlage gevonden worden.

Referenties

Aertgeerts B, Buntinx S, Ansoms S & Fevery J (2001). Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *British Journal of General Practice,* 51, 206-217.

Agerwala SM, Suneel M & McCance-Katz EF (2012). Integrating screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) into clinical practice settings: A brief review. *Journal of Psychoactive Drugs,* 44(4), 307-317.

Academic ED SBIRT Research Collaborative (2007). The Impact of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) on Emergency Department Patients' Alcohol Use. *Ann Emerg Med.* 50(6), 699-710.

Babor TF, Kadden RM (2005). Screening and Interventions for Alcohol and Drug Problems in Medical Settings: What Works? *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care.* 59(Supplement), S80-S87.

Bernstein E, Topp D, Shaw E, et al (2009). A preliminary report of knowledge translation: lessons from taking screening and brief intervention techniques from the research setting into regional systems of care. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 16(11), 1225-33.

Borges G et al. (1998). Alcohol consumption in emergency room patients and the general population: a population based study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(9), 1986-1991.

Canagasaby A & Vinson DC (2005). Screening for hazardous or harmful drinking using one or two quanitiy-frequency questions. *Alcohol Alcohol*, 40(3), 208-213.

Calle PA, Damen J, De Paepe P, Monsieurs KG & Buylaert WA (2006) A survey on alcohol and illicit drug abuse among emergency department patients. *Acta Clinica Belgica,* 61-4, 188-195.

Cherpitel CJ (1993). Alcohol consumption among emergency room patients: Comparison of county/community hospitals and an HMO. *Journal of Studies on Alcohol,* 54, 432-440.

Conigrave K, Burns F, Reznik R & Saunders J (1991). Problem drinking in emergency department patients: the scope for early intervention. *The medical journal of Australia*, 154, 801-805.

Coulton S, Perryman K, Bland M, et al (2009). Screening and brief interventions for hazardous alcohol use in accident and emergency departments: a randomised controlled trial protocol. *BMC health services research,* 9, 114.

Crawford MJ, Patton R, Touquet R, et al (2004). Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*, 364(9442), 1334-9.

Cunningham RM, Walton M a, Goldstein A, et al (2009). Three-month follow-up of brief computerized and therapist interventions for alcohol and violence among teens. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine,* 16(11), 1193-1207.

D'Onofrio G, Degutis LC (2002). Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine,* 9(6), 627-638.

Dinh-Zarr TB, Heitman C, Roberts E, et al (2005). Interventions for preventing injuries in problem drinkers. *Cochrane Database Syst Rev*, 2.

Drummond C & Deluca P (2012). Alcohol screening and brief intervention in emergency departments. *Effectiveness bank bulletin.* Beschikbaar via: http://findings.org.uk/count/downloads/download.php?file=Drummond_C_11.txt (8 augustus 2013).

Gentilello LM, Ebel BE, Wickizer TM, Salkever DS, Rivara FP (2005). Alcohol Interventions for Trauma Patients Treated in Emergency Departments and Hospitals. *Annals of Surgery*, 241(4), 541-550.

Higgins-Biddle J, Hungerford D, Cates-Wessel K (2009). *Screening and Brief Interventions (SBI) for unhealthy alcohol use: a step-by-step implementation guide for trauma centers*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.

Kaner E, Bland M, Cassidy P, et al (2013). Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMJ,* 346, e8501.

Love AC, Greenberg MR, Brice M, Weinstock M (2008). Emergency department screening and intervention for patients with alcohol-related disorders: a pilot study. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 108(1), 12-20.

McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V (2011). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev.* 10, 8.

Miller WR, Wilbourne PL (2002). Mesa Gande: a methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-77.

Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, et al (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction,* 97, 279-92.

Saitz R, Svikis D, D'Onofrio G, Kraemer KL, Perl H (2006). Challenges applying alcohol brief intervention in diverse practice settings: populations, outcomes, and costs. Alcohol *Clin Exp Res.*, 30(2), 332-338.

Smith AJ, Hodgson RJ, Bridgeman K, et al (2003). A randomized con- trolled trial of a brief intervention after alcohol-related facial injury. *Addiction*, 98, 43-52.

Touquet R, Wright S et al. (1996). Detection of alcohol misusing patients in accident and emergency departments: the Paddington alcohol test (PAT). *J Accid Emerg Med.,* 13, 308–312.

Touquet R, Brown A. (2009). PAT (2009) revisions to the Paddington Alcohol Test for early identification of alcohol misuse and brief advice to reduce emergency department re-attendance. *Alcohol and alcoholism*, 44(3), 284-6.

WHO (2007). Alcohol and injury in Emergency *Departments*. Beschikbaar via: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_injury_summary.pdf (8 augustus 2013).

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: Screeningsformulier M-SASQ

Datum:

Screening

"Drinkt u soms alcohol?"

JA	NEEN
Ga verder naar de bingedrinking vraag	*Screening eindigt hier*

Man:

"Hoe vaak gebeurt het dat je zeven of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?"

Vrouw:

"Hoe vaak gebeurt het dat je vijf of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?"

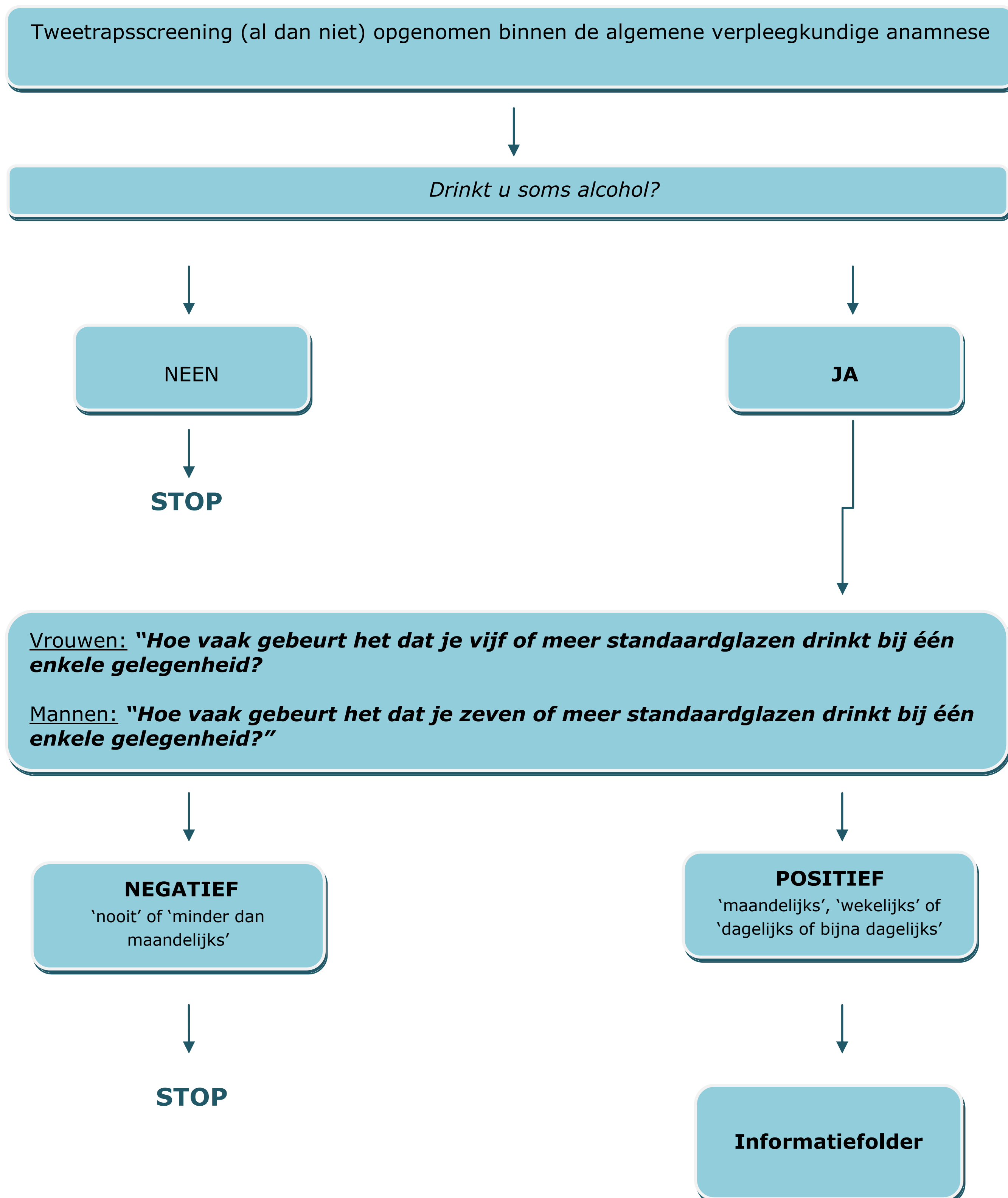
Nooit	
Minder dan maandelijks	
Maandelijks	
Wekelijks	
(Bijna)dagelijks	

** Met een standaardglas bedoelen we in dit geval een glas of blikje bier, sterke drank, glas wijn, aperitief, …*

Duidt aan obv resultaat:

Patiënt weigert medewerking	
Negatieve screening: geen vervolg	
Positieve screening en informatiefolder meegegeven	
Postivieve screening maar patiënt weigert informatiefolder	

BIJLAGE 2: Protocol screening met korte feedback en folder



<u>BIJLAGE 3</u>: Informatiefolder 'Alcohol. Hoeveel is teveel?'



Deze folder kan gedownload en besteld worden via de VAD-website (onder de rubriek 'catalogus').

BIJLAGE 4: Modified Paddington Alcohol Test (M-PAT)

A. Voer de screening uit bij volgende **aandoeningen** – omcirkel wat van toepassing is

1. Val (incl. struikelen) 2. Collaps (incl. stuipen) 3. Hoofdletsel

4. Geweld(pleging) 5. Ongeval 6. Onwel (onpasselijk)

7. Gastro-intestinaal 8. Cardiaal (incl. pijn op de borst) 9. Frequente bezoeker

10. Psychiatrisch (incl. zelfverminking & overdosis) verduidelijk aub

B. Klinische tekenen van alcoholgebruik

C. Bloed Alcohol Concentratie *(directe doorverwijzing vanuit reanimatiekamer als BAC>80mg/100ml)*
BAC =...........mg/100ml

Ga enkel verder wanneer de reden voor de opname van de patiënt werd aangepakt.

"Patiënten die zich op de spoeddienst aanmelden met … *(zie omcirkelde aandoening)* ... vragen we steeds om enkele vragen over hun alcoholgebruik te beantwoorden."

1. Hoe vaak drink je alcohol?

Nooit	**1 keer per maand of minder**	**2 tot 4 keer per maand**	**2 tot 3 keer per week**	**4 keer per week of meer**
0 *Screening eindigt hier*	1	2	3	4 *Mogelijkheid tot afhankelijkheid* *Neem benzodiazepine en thiamine in overweging*

2. Wanneer je drinkt, hoeveel (standaard)glazen drink je dan gewoonlijk op een dag?

1 of 2	3 of 4	5 of 6	7 tot 9	10 of meer
0	1	2	3	4

Gebruik de volgende richtlijnen om het totaal aantal consumpties per dag te schatten (tussen haakjes staan de maten van standaardglazen zoals meestal gebruikt in de horeca; hou er rekening mee dat de maten die thuis gebruikt worden vaak 3 maal zo hoog zijn)

Bier/pils
Standaardglas 25cl (1) ☐ Blikje 33cl (1.5) ☐ Blikje 50cl (2) ☐

Sterke bieren/ streekbieren (8%)
Standaardglas 33 cl (2) ☐ Blikje 50cl (3) ☐ 750 ml fles (4.5) ☐

Wijn (12%)
Standaardglas 10 cl (1) ☐ 750ml fles (7.5) ☐

Versterkte wijnen (Sherry, Porto, Martini, …)
Standaardglas 5cl (1) ☐ 750ml fles (12) ☐

Sterke dranken (gin, vodka, wiskey, ..)
Standaardglas 3.5 cl (1) ☐ 750ml fles (23) ☐

Alcopops (10%)
flesje 20cl (1.5) ☐ flesje/blikje 33cl (2.5) ☐

Algemeen totaal: ☐

3. "Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?

Nooit	1 keer per maand of minder	Maandelijks	Wekelijks	(Bijna) dagelijks
0	1	2	3	4

Totaalscore Audit-C (Q1+Q2+Q3) =

***4.* Ben je van mening dat jouw opname op de spoeddienst in verband staat met alcohol?**

JA	NEEN

Handtekening doorverwijzer **Naam/stempel** **Datum**

Korte handleiding

A. PAT

De Paddington Alcohol Test (PAT) is een klinisch en therapeutisch hulpmiddel om de link te leggen tussen een opname op de spoedgevallendienst en het drinken van alcohol. Iedere spoedarts of verpleegkundige kan de PAT volgen om indien aangewezen een kortdurende interventie aan te bieden .

Deze handelswijze vermindert de kans op een heropname op de dienst.

PAT	Win het vertrouwen van de patiënt: pak **eerst** de reden aan waarom de patiënt werd opgenomen op de spoeddienst zodat hij of zij er voor open staat om een kortdurende interventie te ontvangen. Pas vervolgens de PAT toe voor de 10 belangrijkste redenen van aanmelding of wanneer er klinische aanwijzingen voor alcoholgebruik zijn. Het afnemen van de PAT neemt bij de meeste patiënten minder dan 1 minuut in beslag.
Routinevraag	Vraag 1: "Patiënten die zich op de spoeddienst aanmelden met … (zie omcirkelde aandoening) ... vragen we steeds of ze alcohol drinken. Hoe vaak drink je alcohol?" **Indien nooit** is de PAT negatief en stopt het afnemen ervan hier
Hoeveelheid	Vraag 2: "Wanneer je drinkt, hoeveel (standaard)glazen drink je dan gewoonlijk op een dag?" 1 standaardglas = ongeveer 10 gram alcohol De meeste alcoholische dranken hebben een eigen standaardglas. Op deze manier bevat een standaardglas bier, wijn of sterke drank evenveel pure alcohol (+- 10g)
Frequentie	Vraag 3: "Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?" Geregeld veel drinken verhoogt het risico op negatieve gevolgen als gevolg van het drinken en een heropname op de spoeddienst.
Maak de link	Indien de patiënt aangeeft alcohol te drinken moet ook vraag 4 gesteld worden: "Heeft u het gevoel dat uw opname op de spoeddienst gerelateerd is aan alcohol?" Indien ja, dan ben je reeds succesvol begonnen met de kortdurende interventie door het drinkgedrag van de patiënt te associëren met de spoedopname die hiervan het gevolg was.

B. Klinische tekenen van acuut alcoholgebruik

Geur	van alcohol
Spraak	variërend volume en snelheid; brabbelend en warrig
Affect	variërend inschattingsvermogen en ongepast gedrag; euforie/depressie; verminderende medewerking; emotioneel
Gezicht	zweten/blozen (syndroom van Cushing – chronisch?), wonde
Bewegingen	fijne motoriek verstoord*, gebrek aan coördinatie (acuut cerebellair syndroom)*; verstoring grove motoriek (wandelen)*; (rompataxie–chronisch)*
Luchtwegen	snurken met versperring. Inademen van braaksel – Mallory-Weiss syndroom?
Ademen	traag/oppervlakkig, hypoxie met CO2 retentie
Circulatie	tachycardie, onregelmatig. Hypotensie; vaatverwijding met warmteverlies. Ineenzakken. Urineretentie of incontinentie; dehydratatie
Lichamelijke ongeschiktheid	variabele alertheid*, verwarring*, hallucinaties*, slaperigheid (GCS?)

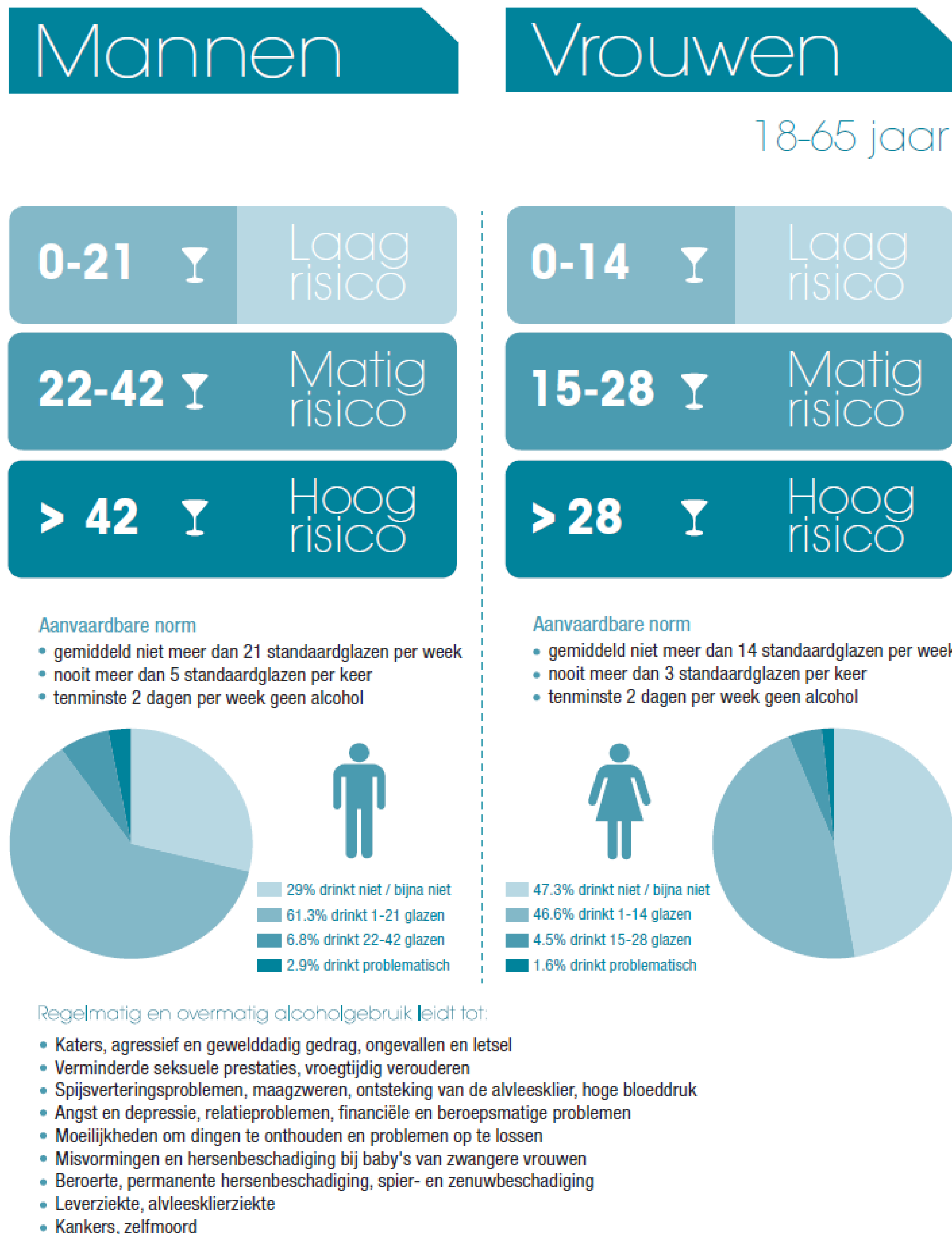
** mogelijke signalen van het syndroom van Wernicke – geef thiamine*

C. Reanimatiekamer: vraag om Bloed Alcohol Concentratie (BAC) te bepalen bij de volgende 5 aandoeningen:

- Collaps
- Zelfverminking
- Trauma
- Gastro-intestinaal/abdominaal
- Borstpijn

Bij een positieve BAC (>10mg/100ml): neem de PAT af wanneer de patiënt uit de reanimatiebox of onderzoekscabine komt

BIJLAGE 5: Advieskaart en schema bij de uitgebreidere interventie



Jongeren

Ouderen

16-18 jaar

+65 jaar

Opletten voor combinatie met medicatie.
Controleer de bijsluiter en raadpleeg bij twijfel arts of apotheker





Aanvaardbare norm -16

- geen alcohol onder de 16 jaar
- geen sterke drank onder de 18 jaar

Aanvaardbare norm 16 - 18 jongens

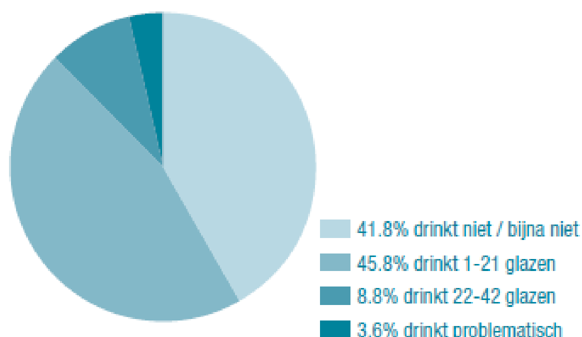
- niet meer dan 2 standaardglazen per keer
- nooit meer dan 2 dagen per week
- geen wekelijkse gewoonte

Aanvaardbare norm 16 - 18 meisjes

- gemiddeld niet meer dan 1-2 standaardglazen per keer
- nooit meer dan 2 dagen per week
- geen wekelijkse gewoonte

Aanvaardbare norm

- gemiddeld niet meer dan 14 standaardglazen per week
- nooit meer dan 3 standaardglazen per keer
- tenminste 2 dagen per week geen alcohol



Regelmatig en overmatig alcoholgebruik leidt tot:

- Katers, agressief en gewelddadig gedrag, ongevallen en letsel
- Verminderde seksuele prestaties, vroegtijdig verouderen
- Spijsverteringsproblemen, maagzweren, ontsteking van de alvleesklier, hoge bloeddruk
- Angst en depressie, relatieproblemen, financiële en beroepsmatige problemen
- Moeilijkheden om dingen te onthouden en problemen op te lossen
- Misvormingen en hersenbeschadiging bij baby's van zwangere vrouwen
- Beroerte, permanente hersenbeschadiging, spier- en zenuwbeschadiging
- Leverziekte, alvleesklierziekte
- Kankers, zelfmoord

Interventie



VAD


Resultaten
VAD
VERENIGING VOOR ALCOHOL- EN ANDERE DRUGPROBLEMEN vzw
Laag Audit-C = Kort advies + infofolder
Matig Audit-C = Korte interventie + infofolder
Hoog Audit-C = Korte interventie + doorverwijzing + infofolder
Legende
AUDIT-C scores
Mannen 18-65 jaar
0-4 Laag risico
5-7 Matig risico
8-12 Hoog risico
Ouderen (65+) en vrouwen vanaf 18 jaar
0-3 Laag risico
4-7 Matig risico
8-12 Hoog risico
Jongeren 16-18 jaar
0-2 Laag risico
3-4 Matig risico
5-12 Hoog risico